

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПАЦИЕНТА

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ РАЗЪЯСНЯЕТСЯ, КАК МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ОЗНАКОМИТЬСЯ С НЕЙ. КРОМЕ ТОГО, НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ СОДЕРЖИТ СВЕДЕНИЯ О ВАШИХ ПРАВАХ В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ О ТОМ, КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЕМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ВАШИХ ПРАВ В ОТНОШЕНИИ НЕЕ. ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ И ОБСУДИТЬ ЕГО С НАМИ. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С НИМ.

I. Кто мы

Частный кабинет, Медицинское учреждение и медицинские работники, о которых идет речь в данном уведомлении, являются членами аффилированного поставщика медицинских услуг (Affiliated Covered Entity, ACE) организации Solaris Health. Аффилированный поставщик медицинских услуг — это группа организаций, находящихся в общей долевой собственности или под общим контролем, которые действуют как единый «аффилированный поставщик медицинских услуг, подпадающий под действие Закона об унификации и учете в области медицинского страхования 1996 г. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Частный кабинет, Медицинское учреждение, ее медицинские работники, члены персонала и члены ACE, участвующие в предоставлении и координации медицинского обслуживания, обязаны соблюдать условия настоящего Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации пациента (далее — «Уведомление»). Члены ACE будут обмениваться вашей защищенной медицинской информацией (Protected Health Information, PHI) в целях предоставления лечения, оплаты услуг здравоохранения и осуществления деятельности ACE, связанной с предоставлением медицинских услуг, как это разрешено HIPAA и настоящим Уведомлением. Полный список членов ACE можно получить, обратившись в отдел по защите персональных данных (Privacy Office). Для этого воспользуйтесь контактными данными, указанными в конце настоящего Уведомления.

II. Наши обязательства по обеспечению конфиденциальности

Мы понимаем, что ваша медицинская информация носит личный характер, и обязуемся защищать вашу конфиденциальность. Кроме того, по закону мы обязаны защитить конфиденциальность вашей PHI, предоставить вам данное Уведомление о наших правовых обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей

защищенной медицинской информации, а также уведомить вас в случае нарушения конфиденциальности вашей РНІ. Когда мы используем или раскрываем вашу РНІ, мы обязаны соблюдать условия настоящего Уведомления (или другого уведомления, действующего на момент использования или раскрытия вашей РНІ).

III. Как мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию без вашего письменного согласия или разрешения

В некоторых ситуациях, которые мы опишем в разделе IV ниже, мы обязаны получить ваше письменное разрешение на использование и/или раскрытие вашей РНІ. Однако, если РНІ не является Строго конфиденциальной информацией (Highly Confidential Information) (как определено ниже) и применимый закон, регулирующий использование и раскрытие такой Строго конфиденциальной информации, не налагает на нас особых ограничений, мы можем использовать и раскрывать вашу РНІ без вашего письменного разрешения для следующих целей:

1. Лечение. Мы используем и раскрываем вашу РНІ для предоставления вам лечения и других услуг — например, для оказания медицинской помощи или для консультаций с вашим врачом по поводу вашего лечения. Мы можем использовать вашу информацию, чтобы связаться с вами для напоминания о приеме, рекомендовать вам альтернативные методы лечения, терапии, поставщиков медицинских услуг или условия обслуживания, а также донести до вас информацию о медицинской продукции или услугах. Мы также можем раскрывать РНІ другим поставщикам медицинских услуг, участвующим в вашем лечении.
2. Оплата услуг здравоохранения. Мы можем использовать и раскрывать вашу РНІ для получения оплаты за медицинские услуги, которые мы вам предоставляем — например, для предъявления требований и получения оплаты от Medicare, Medicaid, вашей медицинской страховой компании, организации медицинского обеспечения (Health Management Organization, НМО) или другой компании или программы, которая организует или оплачивает стоимость вашего медицинского обслуживания (далее — «Ваш плательщик»), чтобы убедиться, что Ваш плательщик оплатит медицинские услуги. Мы также можем раскрывать РНІ другим вашим поставщикам медицинских услуг, если такая РНІ необходима им для получения оплаты за оказанные вам услуги.
3. Деятельность, связанная с предоставлением медицинских услуг. Мы можем использовать и раскрывать вашу РНІ для осуществления деятельности, связанной с предоставлением медицинских услуг, которая включает в себя внутреннее администрирование и планирование, а также различные мероприятия, направленные на повышение качества и экономической эффективности предоставляемых вам услуг. Например, мы можем использовать РНІ для оценки качества и компетентности нашего персонала и/или других медицинских работников. Мы можем использовать вашу РНІ, чтобы разрешить любые ваши жалобы и убедиться, что вы довольны нашими услугами. Ваша РНІ может быть предоставлена различным государственным или аккредитационным организациям с целью продления срока действия нашей лицензии и свидетельства об аккредитации. РНІ

также может быть передана деловым партнерам, которые осуществляют деятельность, связанную с лечением, оплатой и предоставлением медицинских услуг, от имени Частного кабинета, Медицинского учреждения и Медицинских работников. Кроме того, ваша РНИ может быть использована или раскрыта с целью предоставления студентам, ординаторам, медсестрам, врачам и другим лицам, интересующимся здравоохранением, которые планируют работать в медицинской сфере или желают приобрести образовательный опыт, возможности совершить экскурсию, понаблюдать за сотрудниками и/или преподавателями-врачами или принять участие в клинической практике.

4. Лечебно-оздоровительные товары и услуги. Мы можем напоминать вам о необходимости пополнить запас лекарств или сообщать о назначенных вам лекарственных или биологических препаратах. Кроме того, мы можем использовать или раскрывать вашу РНИ, чтобы информировать вас о лечебно-оздоровительных товарах и услугах.
5. Системы обмена медицинской информацией. В определенных случаях, предусмотренных действующим законодательством, мы можем раскрывать вашу РНИ другим поставщикам медицинских услуг или другим организациям здравоохранения для целей лечения, оплаты и осуществления деятельности, связанной с предоставлением медицинских услуг, путем обмена медицинской информацией. Например, информация о медицинских услугах, которые оказывались вам в прошлом, текущем состоянии здоровья и принимаемых лекарствах может быть доступна другим врачам, если они участвуют в Системе обмена медицинской информацией. Обмен медицинской информацией может обеспечить более быстрый доступ к РНИ, лучшую координацию медицинской помощи и помочь поставщикам услуг и должностным лицам здравоохранения принимать более обоснованные решения о лечении. Вы можете отказаться от обмена медицинской информацией и лишить поставщиков медицинских услуг возможности искать вашу информацию через систему обмена медицинской информацией. Чтобы отказаться от участия в обмене медицинской информацией и запретить поиск вашей медицинской информации через Организацию по сбору медицинской информации, заполните форму отказа и отправьте ее по адресу privacyoffice@solarishp.com. Список систем обмена медицинской информацией, в которых участвует данное учреждение, можно получить по запросу либо найти на нашем веб-сайте по адресу www.solarishealthpartners.com или на веб-сайте Аффилированного поставщика медицинских услуг (АСЕ).
6. В соответствии с требованиями законодательства. Мы можем использовать и раскрывать вашу РНИ, если этого требует любой применимый федеральный закон, закон штата или местный закон.
7. Деятельность в области общественного здравоохранения. Мы можем раскрыть вашу РНИ, чтобы: (1) передать медицинскую информацию в органы здравоохранения с целью профилактики или контроля заболеваний, травм или инвалидности; (2) сообщить о жестоком обращении с детьми и отсутствии заботы о них в государственные органы, уполномоченные законом получать такие сообщения; (3)

сообщить о событиях, связанных с медицинской продукцией, в Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (U.S. Food and Drug Administration, FDA); (4) предупредить человека, который, возможно, заразился инфекционным заболеванием или подвергается риску заражения или распространения заболевания или патологии; и (5) чтобы сообщить определенную информацию вашему работодателю в соответствии с требованиями законов, касающихся профессиональных заболеваний, производственных травм или медицинского надзора на рабочем месте.

8. Жертвы жестокого обращения, отсутствия заботы или домашнего насилия. Мы можем раскрыть вашу PHI, если мы обоснованно полагаем, что вы являетесь жертвой жестокого обращения, отсутствия заботы или домашнего насилия, государственному органу, уполномоченному по закону получать сообщения о таком жестоком обращении, отсутствии заботы или домашнем насилии.
9. Деятельность по надзору за здравоохранением. Мы можем раскрыть вашу PHI учреждению, которое по законодательству уполномочено контролировать систему здравоохранения и отвечает за соблюдение правил государственных программ здравоохранения, таких как Medicare или Medicaid.
10. Судебные и административные разбирательства. Мы можем раскрыть вашу PHI в ходе судебного или административного разбирательства по распоряжениям суда или в рамках другого законного процесса.
11. Деятельность правоохранительных органов. Мы можем раскрыть вашу PHI полиции или другим сотрудникам правоохранительных органов, если это требуется по закону или распоряжению суда. Например, ваша PHI может быть раскрыта для установления личности или местонахождения подозреваемого, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля или пропавшего без вести человека или для сообщения о преступлении или преступном поведении в Частном кабинете или Медицинском учреждении.
12. Исправительное учреждение. Мы можем раскрыть вашу PHI исправительному учреждению, если вы являетесь заключенным в исправительном учреждении и если исправительное учреждение или правоохранительные органы направят нам определенные запросы.
13. Смерть. В разрешенных с законом случаях мы можем раскрыть вашу PHI коронеру или медицинскому эксперту.
14. Донорство органов и тканей. Мы можем раскрывать вашу PHI организациям, которые имеют отношение к процессам забора, хранения и пересадки донорских органов, глаз или тканей.
15. Клинические испытания и другие виды исследовательской деятельности. В соответствующих случаях мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в исследовательских целях в соответствии с действительным разрешением от вас или когда институциональный наблюдательный совет или совет по вопросам

конфиденциальности отменил требование о наличии такого разрешения. При определенных обстоятельствах ваша РНІ может быть раскрыта без вашего разрешения исследователям, готовящимся к проведению исследовательского проекта, для изучения умерших или в составе пакета данных, в котором отсутствует ваше имя и другая информация, которая может непосредственно идентифицировать вас.

16. Здоровье или безопасность. Мы можем использовать или раскрывать вашу РНІ для предотвращения или уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности человека или общества в целом.
17. Государственные органы с особыми функциями. При определенных обстоятельствах мы можем использовать и раскрывать вашу РНІ государственным органам с особыми функциями, например, вооруженным силам США или Государственному департаменту США.
18. Компенсация работникам. Мы можем раскрывать вашу РНІ в случаях и в объеме, разрешенных законами штата, касающимися компенсации работникам или других подобных программ.
19. Напоминания о запланированных встречах. Ваша РНІ может быть использована для того, чтобы сообщить или напомнить вам о назначенных встречах.

IV. Ваши решения относительно определенных видов использования и раскрытия информации, требующих вашего разрешения

Вы можете сообщить нам о своих решениях относительно того, как нам следует делиться определенной медицинской информацией. Если у вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы можем делиться вашей информацией в ситуациях, описанных ниже, сообщите нам об этом. Скажите нам, что мы должны делать, и мы выполним ваши указания. Если вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например, если вы находитесь без сознания, мы можем передать вашу информацию, если сочтем, что это в ваших интересах. Мы также можем передавать вашу информацию, когда это необходимо для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности.

1. Раскрытие информации родственникам, близким друзьям и другим лицам, осуществляющим уход. Мы можем использовать или раскрывать вашу РНІ члену семьи, другому родственнику, близкому другу или любому другому указанному вами лицу в следующих случаях (при условии, что вы присутствуете при раскрытии или нам удалось связаться с вами иным способом до раскрытия): (1) мы получили ваше согласие или предоставили вам возможность возразить против раскрытия информации, а вы не возразили; или (2) мы обоснованно предположили, что вы не будете возражать против раскрытия информации.
2. Маркетинг. Мы должны получить ваше письменное разрешение перед использованием вашей РНІ в целях, которые являются маркетинговыми в соответствии с правилами конфиденциальности HIPAA. Например, мы не будем принимать никаких платежей от других организаций или частных лиц в обмен на

передачу вам информации о лечении, терапии, поставщиках медицинских услуг, условиях обслуживания, ведении клинического случая, координации ухода, медицинской продукции или услугах этих организаций, если только вы не дали нам разрешение на это или если такая передача информации разрешена законом

3. Продажа РНІ. Мы не будем раскрывать вашу РНІ в рамках ее продажи без вашего письменного разрешения.
4. Использование и раскрытие вашей Строго конфиденциальной информации. Федеральное законодательство и законодательство штата требуют реализации особых мер по защите конфиденциальности определенной медицинской информации о вас («строго конфиденциальная информация или информация, предусмотренная 42 CFR Part 2»), включая информацию о лечении от алкоголизма и наркомании, ВИЧ/СПИДа, инфекционных заболеваний, информацию о результатах генетического тестирования, информацию о случаях сексуального насилия, а также другой медицинской информации, в отношении которой законы штата или федеральные законы (кроме HIPAA) предусматривают особые меры по защите конфиденциальности. Мы не являемся поставщиком услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в соответствии с Частью 2, и поэтому, как правило, мы не храним Строго конфиденциальную информацию. Однако для того, чтобы мы могли раскрыть любую Строго конфиденциальную информацию в целях, которые прямо не разрешены законодательством, мы обязаны получить ваше разрешение. После того как вы дадите нам разрешение на передачу этих записей, они могут перестать быть защищенными в соответствии с Частью 2, но по-прежнему будут защищены законом HIPAA.
5. Отмена Вашего разрешения. Вы можете отозвать Ваше разрешение, за исключением случаев, когда мы предприняли действия на его основании, направив письменное заявление об отзыве в отдел по защите персональных данных, контактные данные которого приведены ниже.

V. Ваши личные права

1. Дополнительная информация; жалобы. Если вы хотите получить дополнительную информацию о своих правах на конфиденциальность, считаете, что мы нарушили ваши права на конфиденциальность, или не согласны с принятым нами решением о доступе к вашей РНІ, вы можете обратиться в наш отдел по защите персональных данных. Для этого воспользуйтесь контактными данными, указанными в конце настоящего Уведомления. Вы также можете подать письменную жалобу в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) по адресу 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201; по телефону 1 (877) 696-6775; или по электронному адресу www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/. Мы не будем преследовать вас, если вы подадите жалобу нам или в Управление по гражданским правам.

2. Право запрашивать дополнительные ограничения. Вы можете запросить ограничения на использование и раскрытие нами вашей РНІ (1) в целях предоставления лечения, оплаты услуг здравоохранения и осуществления деятельности, связанной с предоставлением медицинских услуг, (2) лицам (например, члену семьи, другому родственнику, близкому другу или любому другому лицу, указанному вами), имеющим непосредственное отношение к вашему лечению или оплате медицинских услуг, связанных с вашим лечением, или (3) в целях уведомления или содействия в уведомлении таких лиц о вашем местонахождении и общем состоянии здоровья. Мы внимательно рассмотрим все запросы о дополнительных ограничениях, но мы не обязаны соглашаться с запрошенным ограничением, за исключением случаев, когда ваш запрос не направлен на ограничение, согласно которому информация будет раскрываться только страховой компании в целях осуществления платежей или деятельности, связанной с предоставлением медицинских услуг; когда раскрытие информации не требуется по закону; и когда информация касается исключительно медицинской продукции или услуг, за которые вы (или кто-то от вашего имени, кроме страховой компании) полностью заплатили нам из собственного кармана. Если вы хотите запросить дополнительные ограничения, попросите форму запроса в нашем отделе по защите персональных данных, заполните ее и верните в тот же отдел. Мы направим вам письменный ответ.
3. Право на получение сообщений с помощью альтернативных средств или в других местах. Вы можете запросить получение вашей РНІ с помощью альтернативных средств связи или в других местах, и мы удовлетворим такой запрос при условии, что он достаточно обоснован и оформлен в письменном виде.
4. Право на проверку и получение копии вашей медицинской информации. Вы можете попросить ознакомиться с вашей медицинской картой и выставленными счетами и/или запросить их копии. В отдельных случаях мы можем отказать вам в предоставлении части такой информации. Если вы хотите получить информационную выписку, попросите форму запроса на получение медицинской информации в отделе по защите персональных данных, заполните ее и верните в тот же отдел. Если вы запрашиваете копии, мы можем взимать с вас разумную плату за копирование.
5. Право на внесение изменений в вашу медицинскую информацию. Вы имеете право потребовать, чтобы мы внесли изменения в вашу РНІ, хранящуюся в вашей медицинской карте или в выставленных счетах. Если вы хотите внести изменения в свои записи, попросите форму запроса на внесение изменений в отделе по защите персональных данных, заполните ее и верните в тот же отдел. Мы не сможем выполнить ваш запрос, если будем уверены, что информация, в которую необходимо внести изменения, является точной и полной, или если возникнут другие особые обстоятельства.
6. Право на получение сведений о раскрытии информации. По запросу мы можем предоставить вам отчет об определенных случаях раскрытия вашей РНІ в целях, отличных от лечения, оплаты, осуществления медицинской деятельности, или в

случаях, когда вы специально разрешили использование или раскрытие информации, в течение последних 6 (шести) лет. Если вы запрашиваете такую информацию более одного раза в течение 12 (двенадцати) месяцев, мы можем взимать с вас разумную плату за ее подготовку.

7. Право отозвать ваше разрешение. Вы можете отозвать свое основное разрешение на использование и раскрытие вашей РНІ, разрешение на использование и раскрытие вашей РНІ в маркетинговых целях или любое другое письменное разрешение, полученное в связи с вашей РНІ, за исключением случаев, когда Частный кабинет, Медицинское учреждение и/или Медицинские работники предприняли действия на его основании, предоставив письменное заявление об отзыве в отдел по защите персональных данных.
8. Право на получение бумажной копии данного Уведомления. По запросу вы можете получить бумажную копию данного Уведомления, даже если вы согласились получить его в электронном виде.

VI. Дата вступления в силу и срок действия настоящего Уведомления

1. Дата вступления в силу. Данное уведомление вступает в силу с 2/15/2026.
2. Право на изменение условий данного Уведомления. Мы можем изменить условия данного Уведомления в любое время. Если мы вносим изменения в это Уведомление, мы можем применить новые условия уведомления ко всей вашей РНІ, которую мы храним, включая любую информацию, созданную или полученную до выпуска нового уведомления. Если мы внесем изменения в это Уведомление, мы разместим пересмотренное уведомление в нашей приемной и на нашем веб-сайте. Вы также можете запросить новое уведомление в отделе по защите персональных данных.

VII. Отдел по защите персональных данных

Вы можете связаться с сотрудником по вопросам конфиденциальности в нашей организации:

**Privacy Office
Solaris Health
2101 W. Commercial Blvd., Ste 3500
Fort Lauderdale, FL 33309**

Адрес электронной почты отдела по защите персональных данных Solaris:
privacyoffice@solarishp.com